

20 juillet 2007 - Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés.

Mise à jour au 1^{er} novembre 2008

Modification par l'AR du 09.09.2008 (MB 20.10.2008)

Changement : couleur de fond en jaune.

Art. 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1° «assurance», l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

2° «INAMI », l'Institut national d'assurance maladie invalidité;

3° «bénéficiaire», le bénéficiaire ambulatoire non hospitalisé;

4° «arrêté royal du 21 décembre 2001», l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques ;

5° «arrêté royal du 7 mai 1991», l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

6° «règlement du 28 juillet 2003», le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 2. L'intervention de l'assurance est accordée pour des bénéficiaires atteints d'une des pathologies suivantes :

A: insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de:

1° maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse):

- a) résistantes aux médicaments et
- b) ayant atteint des segments étendus de l'intestin;

2° résections intestinales étendues;

3° troubles graves de la motricité intestinale;

4° malabsorption intestinale très sévère consécutive à:

- a) entérite radique ;
- b) atrophie totale villositaire (maladie coeliaque) ou affections équivalentes ;
- c) pancréatite chronique dont il est démontré que l'alimentation par voie orale ou la nutrition entérale par sonde est impossible ;
- d) carcinomatose péritonéale avec occlusion intestinale ;
- e) lymphomes intestinaux ;

5° surinfection du tube digestif chez les bénéficiaires atteints du "syndrome d'immunodéficience acquise" ;

6° diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise;

7° ascite chyleuse rebelle.

B: la mise au repos intestinale pour motif thérapeutique pour des fistules, complication d'une des affections citées sous A.

C: malnutrition protéocalorique démontrée par :

a) soit une diminution du poids corporel (poids sec après hémodialyse) égale à 10 p.c. ou plus au cours des 12 derniers mois ;

b) soit un taux de pré-albumine inférieur à 0,3 g/L ;

chez des bénéficiaires hémodialysés pour lesquels il est démontré que la prescription de dialyse est adéquate par une des méthodes d'évaluation du Kt/V qui doit être au minimum égal à 0,9.

Art.3. Tous les coûts relatifs aux spécialités pharmaceutiques intervenant dans la composition desdites poches qui ne sont pas repris dans la nomenclature, les coûts relatifs au matériel de préparation utilisé et à la préparation elle-même ainsi que les coûts relatifs au matériel nécessaire à l'administration, à l'exclusion de la pompe et du pied à perfusion, sont remboursés forfaitairement par l'assurance de sorte qu'aucun supplément ne peut être facturé au bénéficiaire.

Art.4. Par mélange total de nutrition parentérale ce forfait est de
1° poches « à la carte » adultes: 75 euros
le pseudocode 751354 est attribué ;
2° poches « à la carte » enfants jusqu'à 17 ans inclus: 83 euros
le pseudocode 751376 est attribué ;
3° pré-mélanges industriels avec ou sans ajout de minéraux et/ou vitamines: 60 euros
le pseudocode 751391 est attribué ;
4° poches « per dialytique » : 35 euros
le pseudocode 751413 est attribué.

Un pseudocode peut être porté en compte par jour.

Les spécialités pharmaceutiques remboursables incorporées dans la poche sont remboursées séparément par l'assurance dans les conditions fixées à l'article 95, § 2a), de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, étant entendu que les liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 sont remboursés à 100 % de la base de remboursement.

La quote-part du bénéficiaire s'élève à 0,62 euro par jour pendant toute la période couverte par l'autorisation accordée par le médecin-conseil, comme il est prévu à l'article 2, §2 de l'arrêté royal du 7 mai 1991.

Le montant de l'intervention de l'assurance est réclamé mensuellement par l'établissement hospitalier à l'organisme assureur du bénéficiaire via le pseudo-code qui sera transmis par voie digitale ou par la facture papier.

Art.5. A cette fin, le médecin spécialiste travaillant en collaboration avec une équipe médicale hospitalière à caractère multidisciplinaire ayant une expérience en la matière envoie au médecin-conseil une demande motivée. Le modèle de la demande est fixé en annexe I au présent arrêté.

L'intervention de l'assurance pour les poches délivrées destinées à la nutrition parentérale du bénéficiaire n'est octroyée qu'après accord préalable du médecin-conseil s'il est satisfait aux critères mentionnés à l'article 2 du présent arrêté sur base d'une autorisation dont le modèle est repris en annexe II au présent arrêté.

Cette autorisation est valable pour une durée de maximum 1 an et peut être renouvelée pour de nouvelles périodes de maximum 5 ans sur base d'une nouvelle demande.

Art.6. L'article 26, §2 du règlement du 28 juillet 2003 est abrogé.

Art.7. Toutes les autorisations qui sont accordées par le médecin conseil avant l'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables durant la période de validité de ces autorisations.

Art.8. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois suivant l'expiration d'un délai de dix jours prenant cours le jour suivant sa publication au *Moniteur Belge*.

Art.9. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 juillet 2007.

Par le Roi :
Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

ANNEXE I

Demande d'intervention pour le remboursement des poches destinées à la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés

<u>Identification du bénéficiaire</u>
Nom, prénom :
Adresse :
Date de naissance :
NISS:
Lieu de résidence :

1^{ère} demande prolongation

DONNEES MEDICALES

Diagnostic:*

Description circonstanciée de l'état clinique du bénéficiaire :

le bénéficiaire ne peut atteindre un apport nutritionnel suffisant pour satisfaire ses besoins métaboliques, par voie orale ou entérale et il est atteint d'une des affections suivantes:

- ∇ A. insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de:
 - ◇ maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) résistantes aux médicaments et ayant atteint des segments étendus de l'intestin;
 - ◇ résections intestinales étendues;
 - ◇ troubles graves de la motricité intestinale;
 - ◇ malabsorption intestinale très sévère consécutive à :
 - entérite radique;
 - atrophie totale villositaire (maladie coeliaque) ou affections équivalentes;
 - pancréatite chronique dont il est démontré que l'alimentation par voie orale ou la nutrition entérale par sonde est impossible ;
 - carcinomatose péritonéale avec occlusion intestinale ;
 - lymphomes intestinaux.
 - ◇ surinfection du tube digestif chez des bénéficiaires atteints du "syndrome d'immunodéficience acquise";
 - ◇ diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise;
 - ◇ ascite chyleuse rebelle
- ∇ B. mise au repos intestinale pour motif thérapeutique dû à des fistules faisant suite à une complication d'une des affections citées sous A.
- ∇ C. malnutrition protéo-calorique démontrée par:
 - ◇ soit une diminution du poids corporel (poids sec après hémodialyse) égale à 10 p.c. ou plus au cours des 12 derniers mois;
 - ◇ soit un taux de pré-albumine inférieur à 0,3 g./L.;chez des bénéficiaires hémodialysés pour lesquels il est démontré que la prescription de dialyse est adéquate par une des méthodes d'évaluation du *Kt/V* qui doit être au minimum égal à 0,9.

NUTRITION

Date de début:.....

Durée prévue :.....

Type de poches :

<u>Identification du médecin spécialiste hospitalier</u> (remplir ou apposer cachet)
Nom, prénom :.....
N° d'ident. INAMI :.....
Date:.....
Signature:.....

*Cocher les cases correspondantes

ANNEXE II

Autorisation de remboursement des poches destinées à la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés.

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE:

.....

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise pour la période du au.....

(Maximum 1 an en cas de 1^{ère} demande – maximum 5 ans en cas de renouvellement) le
remboursement des poches destinées à la nutrition parentérale pour des bénéficiaires
ambulatoires non hospitalisés.

- Nom et prénom du bénéficiaire
- Adresse
- Numéro NISS.....

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil:

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 20 juillet 2007 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés.

ALBERT
Par le Roi:

Le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE